

ふりがな 氏名 (※1)			生年月日	年 月 日	健診日	年 月 日		
					性別	男・女	年齢	歳
自覚症状			血 圧	mmHg ～ mmHg				
				血色素量 (g/dl)				
他覚症状			貧血検査	赤血球数 (万/mm ³)				
				G O T (IU/l)				
身長 (cm)		.	肝機能検査	G P T (IU/l)				
体重 (kg)		.		γ - G T P (IU/l)				
B M I			血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)				
腹 囲 (cm)		.		HDLコレステロール (mg/dl)				
視力 (※2)	右	. (.)		トリグリセライド (mg/dl)				
	左	. (.)	血 糖 検 査 (mg/dl)					
聴 力	右 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	尿 検 査	糖				
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり						
	左 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり		蛋 白				
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり						
胸部エックス線検査 (直接)		撮 影 年 月 日	医 師 の 診 断 (※3)					
			健康診断を実施した医師の氏名					
フィルム番号		No.	医 師 の 意 見 (※4)					
心電図検査			意見を述べた医師の氏名					
			医師の所属する病院名 及 所 在 地					
備 考								

備考

※1 太枠内は受験者が記入すること。

※2 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入すること。

※3 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。

※4 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。